

# 診療予約申込書

年 月 日

济生会広島病院 地域医療連携室宛

TEL 082-820-1747 (直通)

FAX 082-820-1757 (直通)

【紹介元医療機関】

名称

医師名

TEL

FAX

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 歳
住所			
電話番号	自宅( )	—	勤務先・携帯( ) —

診療	診療科	科	希望医師	有・無	医師	医師 連絡	済・未
	入院希望	有・無	希望日	月 日 曜日	連絡 ( 済・未 )		
	紹介目的	診察・経過観察・手術・その他 ( )					
	主病名 症状等						

診察 希望日	第1希望	月 日 曜日	午前・午後	時 分	連絡 ( 済・未 )
	第2希望	月 日 曜日	午前・午後	時 分	

・待ち時間短縮のため、患者様が来院されるまでにカルテを作成したいと思っておりますので、お手数ですが上記に必要事項をご記入のうえ送信くださいますようお願い致します。

・担当診療科もしくは担当医に直接連絡された場合は、「連絡済み」の項目に○印をお願い致します。

・受診当日は必ず診療情報提供書とマイナ保険証（健康保険証）を、持参いただきますようお願い致します。